

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1929

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

Maurice TAMBAREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Décembre 1893, à Chenoise (Seine-et-Marne)

Etude Critique du Traitement de la Tuberculose Génitale de l'Homme « l'Epididymectomie »

*Travail du Service Civile
à propos des 278 cas recueillis en 10 ans*

Président de Thèse : M. le Professeur P. DUVAL

ÉDITIONS G. VILLARD
4, RUE DES FONTAINES, 4
PARIS 1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

Maurice TAMBAREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Décembre 1893, à Chenoise (Seine-et-Marne)

Etude Critique du Traitement de la Tuberculose Génitale de l'Homme « l'Epididymectomie »

*Travail du Service Civile
à propos des 278 cas recueillis en 10 ans*

Président de Thèse : M. le Professeur P. DUVAL

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale ..	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ..	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉ.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale ..	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryntologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHTER Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	DAMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	GOUGEROT.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE :
DE MA MÈRE,
DU DOCTEUR TAMBAREAU, MON PÈRE,

A LA MEMOIRE DE :
M. A. DANY,
Mme G. DE SAINT-QUENTIN,
Mlle L. DEFREVILLE,
A MES AMIS TUÉS A LA GUERRE.

A MON FRÈRE,
A M. et Mme C. DANY.

A M. LE PROFESSEUR P. DUVAL

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Respectueux témoignage de l'admiration que je lui porte
et de la reconnaissance que je lui dois.

Ce travail est le reflet de son enseignement.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU,

En remerciement de la bienveillance qu'il m'a témoignée
pendant l'année si profitable que j'ai passée dans son service.

A M. LE PROFESSEUR DÉVÉ,
de l'Ecole de Médecine de Rouen.

En reconnaissance de son précieux enseignement et de la part
qu'il a bien voulu prendre à la direction de mes études.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

de Rouen : Stage

1912-1913. — M. le Docteur JEANNE (in mémoriam)

M. le Docteur DEROCQUE,

1913-1914. — M. le Professeur HALIPRÉ,

1919. — M. le Professeur DÉVÉ,

M. le Professeur NÉE.

de Paris : Externat

1920-1921. — M. le Professeur TEISSIER,

1921-1922. — M. le Professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE,

1922-1923. — M. le Professeur JEANNIN,

M. le Docteur de MASSARY,

1923-1924. — M. le Docteur TOUPET,

M. le Professeur agrégé MARION,

Internat provisoire

1924-1925. — M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE,

Internat

1925-1926. — M. le Docteur DUJARIER,

1926-1927. — M. le Docteur MOUCHET,

M. le Docteur LAPOINTE,

1927-1928. — M. le Docteur CHIFOLIAU,

1928-1929. — M. le Professeur agrégé MARION,

1929. — M. le Docteur RUDAUX.

MM. LES DOCTEURS :

REILLY, ROUHIER, SENEQUE,

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT :

MM. les Docteurs FEY, PETIT-DUTAILLIS, MARQUEZY.

A MES AMIS :

MM. ATHANE, BERRURIER, Georges et Pierre HUARD DE
LA MARRE, LECŒUR, SENILH.

MM. les Docteurs BOUILLIÉ, DIGONNET, HAYE, JONDEAU,
N. K. KOANG, LALLEMANT, MARTIN, MER, A.-G. NIEL,
PERARD, L. SÉBILEAU,

INTRODUCTION

Exceptionnelle chez l'enfant, assez rare chez le vieillard, la tuberculose génitale est au contraire fréquemment observée chez l'homme adulte.

C'est une lésion de la période d'activité sexuelle. Il semble, en effet qu'il soit nécessaire que le testicule ait une activité fonctionnelle et une vitalité normales pour qu'elle apparaisse.

C'est ainsi qu'il est exceptionnel de voir la tuberculose se développer sur un testicule ectopique (par opposition au néoplasme qui est au contraire fréquent dans ces cas).

Nous éliminons d'emblée la tuberculose génitale de l'enfant d'une part parce qu'elle a un aspect clinique particulier :

classiquement elle atteint plus le testicule que l'épididyme, elle coïncide assez souvent avec des lésions péritonéales tuberculeuses.

Elle présente une évolution subaiguë.

D'autre part, à cause de sa rareté même :

elle est, en effet, beaucoup moins fréquente que ne le croyaient les anciens auteurs et bon nombre de cas qu'on aurait autrefois considérés comme des tuberculoses génitales de l'enfance sont aujourd'hui reconnus imputables à des phénomènes de torsion du testicule, du cordon, ou de l'hydatide de Morgagni.

Nous bornerons donc notre étude à la tuberculose génitale de l'adulte intéressante par elle-même, intéressante aussi du fait de son association fréquente à d'autres lésions tuberculeuses : à la tuberculose urinaire en particulier, ou encore à la tuberculose pulmonaire.

Nous aurons surtout en vue l'étude du traitement de cette affection et nous ne préciserons certaines de ses particularités cliniques que pour en déduire les indications thérapeutiques qu'elles comportent.

Pendant la durée de notre internat, nous avons pu constater qu'en matière de tuberculose génitale, les indications thérapeutiques et la technique opératoire elle-même variaient assez sen-

siblement d'un service à l'autre. C'est ce qui nous a incité à faire ce travail qui est basé sur l'ensemble des cas de tuberculose génitale observés dans le service du Professeur Marion, au cours des dix dernières années.

Nous adopterons le plan suivant :

- Etude anatomo-clinique.
- Etude critique des différents modes de traitement.
- L'épididymectomie.

ses indications.

ses contre-indications.

sa technique.

ses résultats.

1° ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

- caractères anatomiques.
- caractères cliniques.
- caractères évolutifs.

a) *Caractères anatomiques :*

1° C'est une tuberculose locale qui apparaît comme cliniquement primitive dans un grand nombre de cas ;

2° C'est une tuberculose essentiellement épididymaire laissant le testicule le plus souvent indemne, huit fois sur dix, à l'intervention, il est trouvé macroscopiquement sain. Il est possible néanmoins que des lésions microscopiques puissent être notées sur le testicule : lésions par contiguité dues au voisinage d'un épididyme malade. Pratiquement, ces lésions sont de peu d'importance et leur évolution dépend de celle de la tuberculose épididymaire. Si celle-ci guérit, la tuberculose testiculaire guérit aussi. Dans l'immense majorité des cas, les malades après épididymectomie restent définitivement guéris et ne présentent pas de foyer testiculaire ultérieur. Soit que les lésions discrètes du testicule aient rétrocedé, soit qu'elles n'aient jamais existé. En pratique, on ne voit jamais un testicule resté sain après épididymectomie devenir tuberculeux par la suite. L'épididyme est donc le plus souvent seul en cause. Les lésions débutent et prédominent à la queue de l'organe ;

3° La bilatéralité des lésions est fréquemment observée, soit primitivement, soit plus souvent secondairement ;

4° L'atteinte épididymaire s'accompagne souvent de lésions de la prostate, des vésicules séminales, des canaux éjaculateurs et des déférents ;

5° Enfin, la coexistence d'autres foyers tuberculeux à localisation pulmonaire, rénale, osseuse, etc., n'est pas rare et nous verrons que ce sont ces lésions associées qui font toute la gravité du pronostic.

Telles sont les caractéristiques anatomiques de la tuberculose génitale et ces notions sont extrêmement importantes au point de vue du traitement.

Un point essentiel au sujet duquel, d'ailleurs, on discute encore est de savoir où débutent les lésions de l'appareil génital et comment elles se propagent : Pour les uns (théorie ascendante), le

foyer initial est dans l'épididyme, l'infection gagnant ensuite de proche en proche la prostate et les vésicules séminales. Pour d'autres, au contraire (théorie descendante), l'atteinte épидидymaire n'est que secondaire, la localisation primitive étant prostatovésiculaire.

Cette question n'est pas d'un intérêt purement théorique, puisque suivant qu'on admet l'une ou l'autre éventualité, le traitement chirurgical doit logiquement différer.

Si on adopte la théorie descendante un traitement qui ne visera que l'ablation de l'épididyme sera évidemment irrationnel, insuffisant et voué à un échec certain.

Si on admet, au contraire, la théorie ascendante, il est aisé de comprendre que l'ablation du foyer principal et parfois unique puisse donner d'excellents résultats.

Les partisans d'une localisation prostatovésiculaire initiale posent en principe que l'atteinte de ces organes est souvent méconnue, car les symptômes qui en résultent sont en général peu marqués et parfois complètement absents ?

Pour Walker : « dans bien peu de cas de tuberculose génitale, « on peut considérer la prostate et les vésicules comme normales. « Si on se donne la peine de noter très soigneusement la moindre « anomalie de forme, de consistance, et de sensibilité au toucher « rectal ».

Pour Barney : « sur 100 cas d'épididymite tuberculeuse, 77 « s'accompagnaient de lésions prostatovésiculaires ».

Pour Young : « sur 222 cas de tuberculose génitale, 37 fois seulement prostate et vésicules furent trouvées normales, et 47 fois « il constate une atteinte prostatovésiculaire sans lésion épидидymaire ».

Une conclusion s'imposait : la tuberculose génitale se localisant plus souvent à la prostate et aux vésicules qu'à l'épididyme, un traitement dirigé uniquement contre les lésions épидидymaires ne pouvait pas être satisfaisant.

Des interventions plus radicales étaient donc nécessaires.

En réalité, tout en ayant le mérite de montrer la fréquence de l'atteinte de la prostate et des vésicules, ces différentes statistiques ne prouvent en aucune façon que le foyer initial siège à leur niveau.

Pour ce qui est des cas non opérés où on a posé le diagnostic de tuberculose prostatovésiculaire sans lésion épидидymaire, il est permis de se demander sur quoi ce diagnostic repose. Car « les modifications de forme, de consistance et de sensibilité » de ces organes peuvent parfaitement reconnaître une autre cause

que la tuberculose et on sait combien il est difficile d'interpréter les signes fournis par le toucher rectal. Et quant aux protocoles opératoires des interventions dites radicales, ils ne sont pas plus convaincants à notre avis que les constatations nécropsiques.

Dans tous ces cas, il s'agissait de lésions avancées chez des tuberculeux présentant souvent de nombreux foyers bacillaires, et quelque consciencieux qu'ait pu être l'examen anatomopathologique des pièces opératoires ou nécropsiques, il nous paraît impossible de conclure à la priorité de telle ou telle lésion en se basant uniquement sur son stade évolutif.

Donc ni la clinique, ni l'anatomie pathologique ne peuvent donner la solution du problème.

Des recherches expérimentales ont été pratiquées : Walker en 1912 est parvenu à produire une localisation épididymaire après injection de bacilles de Kock dans l'urèthre postérieur d'un lapin, non sans avoir préalablement traumatisé testicule et épididyme. Là encore, on ne peut que conclure que la contamination descendante est possible, sans qu'il soit permis de l'invoquer dans tous les cas.

Au surplus, les résultats de cette expérience sont-ils, eux aussi sujets à caution, puisque l'autopsie du lapin injecté mit en évidence des lésions de tuberculose généralisée.

En réalité :

Si l'on s'en tient aux constatations cliniques, il est manifeste que :

1° L'atteinte primitive et isolée de la prostate et des vésicules est rare ;

2° La tuberculose épididymaire peut exister en dehors de toute atteinte prostatovésiculaire ;

3° Quand celle-ci coexiste, il est fréquent de la voir s'atténuer et même disparaître complètement après épididymectomie. Et il est permis de penser que si l'épididyme n'était qu'un foyer secondaire, il n'y aurait aucune raison pour que son ablation amène l'amélioration, voire la guérison du foyer principal prostatovésiculaire.

Quant au mode de propagation, il est vraisemblable que, là comme ailleurs, il convient d'être éclectique et d'admettre que tantôt l'infection se fait par voie sanguine à l'épididyme au point où la vascularisation est la plus riche, c'est-à-dire à la queue de l'organe, où se trouve la triple anastomose épididymo-testiculodéférentielle, et dans ces cas, l'atteinte prostatovésiculaire résulte d'une propagation secondaire.

Tantôt, la contamination se fait par voie descendante, soit par l'intermédiaire des lymphatiques péri-déférentiels, soit même par voie intra canaliculaire.

II. — CARACTERES CLINIQUES

Le début de l'affection est difficile à préciser, car il est le plus souvent insidieux.

Le malade vient consulter parce qu'il a constaté une grosseur dans l'une de ses bourses, parfois son attention a été attirée par une sensation de gêne à ce niveau. Mais il n'est pas rare que le noyau épидидymaire soit une découverte d'examen chez un malade qui venait consulter pour tout autre chose. Quoiqu'il en soit, on interroge le malade sur ses antécédents :

Le plus souvent, on ne relève rien d'anormal.

Parfois, on a la notion d'une blennorragie ancienne accompagnée d'orchite sur laquelle la tuberculose est venue se greffer.

On s'enquiert sur les troubles ressentis par le malade. Exceptionnellement, il accuse une sensation de pesanteur périnéale ou encore des troubles urinaires légers, consistant en envies plus fréquentes d'uriner, en signes d'urétrite chronique avec parfois petit écoulement blanchâtre qui peut faire penser au gonocoque.

Dans la règle : aucun trouble fonctionnel n'est noté, aucune douleur, les facultés génésiques sont normales. On ne note pas d'altération de l'état général. Toute la symptomatologie se résume dans les signes fournis par l'examen physique.

On le pratiquera méthodiquement en comparant le côté malade au côté sain :

A l'inspection, le scrotum paraît normal. Cependant, dans quelques cas, on peut déjà noter une légère augmentation de volume d'une bourse.

Au palper, le scrotum se montre souple, mobile sur les plans sous-jacents. Tantôt, la vaginale est libre et on peut la pincer et dans ces cas, l'exploration de la masse testiculo-épididymaire est alors facile. Parfois, on trouve une lame d'hydrocèle peu tendue qui permet cependant l'exploration.

Dans quelques cas enfin, l'hydrocèle est plus volumineuse et rend l'examen impossible.

Mais la plupart du temps, le testicule peut être senti, il est le plus souvent normal, rarement on constate une perte de souplesse ou une sensibilité diminuée. C'est au niveau de l'épididyme qu'on va percevoir la lésion. En serrant le testicule entre

le pouce et le troisième doigt qui remontent progressivement le long des deux faces de l'organe on sent nettement à sa partie postéro supérieure, le sillon testiculo épидидymaire et on peut suivre l'épididyme de bout en bout.

On découvre alors la tuméfaction :

C'est une petite nodosité unique, en noyau d'olive, atteignant quelquefois déjà le volume d'une noisette, et qui siège au niveau de la queue de l'épididyme, à la partie postéro-inférieure de la masse testiculaire, à la jonction épидидymo-déférentielle.

Dans ce cas, pris au début et qui répond à la phase de crudité des lésions tuberculeuses, cette nodosité est ferme, bien limitée, régulière, élastique, peu ou pas douloureuse au palper.

Quant au canal déférent qu'on explore sur tout son trajet scrotal et funiculaire : il est parfois normal, mais très souvent déjà, il présente une légère augmentation de volume, il est comme infiltré, œdémateux par comparaison avec le côté sain.

Au niveau de l'urèthre, on ne note en général rien. Parfois cependant, on remarque un léger suintement.

En résumé, dans les cas les plus simples on trouve un noyau unique à la queue de l'épididyme et c'est tout. Sa constatation commande obligatoirement l'examen méthodique de la prostate et des vésicules séminales.

Au toucher rectal :

On ne note souvent rien à ce stade.

Dans quelques cas cependant, on sent une prostate un peu augmentée de volume du côté de la lésion ou plus exactement, existence d'une nodosité médiane ou para-médiane qui répond à l'ampoule du Déférent et au canal éjaculateur. Les vésicules séminales sont en général normales.

On ne manquera pas d'examiner les urines qui sont généralement claires, parfois cependant l'existence de filaments, d'urine trouble, évoquent l'idée d'une uréthrite gonococcique ancienne. Mais, même en l'absence de troubles vésicaux et, à plus forte raison si on note quelques signes atténués de cystite, on devra toujours penser à l'existence possible d'une tuberculose rénale à évolution torpide et pratiquer toutes les recherches d'usage.

On terminera par un examen général du malade avec, en particulier, une exploration clinique et radiologique soigneuse des poumons. Tantôt on ne trouve rien, parfois on découvre la trace d'une lésion minime éteinte ou à évolution torpide. Des signes d'imperméabilité d'un sommet ou une adénopathie trachéo-bronchique.

Tel est l'aspect clinique de la tuberculose génitale uninodulaire tout au début de son évolution.

Mais bien souvent quand on voit le malade, les lésions ont déjà eu le temps d'évoluer.

Même alors on n'observe, aucune altération de l'état général, peu ou pas de troubles fonctionnels, à part peut-être une sensation de pesanteur périnéale.

A l'examen, on note une bourse un peu plus volumineuse d'un côté.

Le scrotum reste d'aspect normal, et en général, au palper on le sent encore glisser sur les plans sous-jacents. Mais cependant parfois déjà en arrière et en bas de la masse testiculaire on constate une légère adhérence entre les plans superficiels et profonds.

On pince la vaginale qu'on trouve tantôt libre, tantôt déjà envahie.

On explore le testicule qui est normal, il n'est, en effet, intéressé que très tardivement et souvent même reste indemne, alors que les lésions épididymaires évoluent depuis très longtemps.

C'est encore au niveau de l'épididyme qu'elles se localisent.

On sent la tête de l'organe, le sillon épididymo-testiculaire qu'on suit.

L'épididyme se montre bosselé, déformé, présentant des nodules multiples, les uns petits et durs, les autres, au contraire plus gros, plus mous, moins bien limités, attestant la caséification commençante. Cette variation de consistance des nodules perçus est extrêmement caractéristique, et permet d'affirmer le diagnostic.

Même alors, les lésions sont plus marquées au niveau de la queue de l'épididyme. C'est là, qu'elles ont commencé, c'est là qu'elles prédominent.

L'anse épididymo-Déférentielle est volumineuse, empâtée, ses contours ne sont plus perçus nettement.

Le Déférent lui-même est augmenté de volume : tantôt dur, rigide, en tuyau de pipe, tantôt le cordon dans son ensemble est épaissi, gros comme un doigt.

Parfois œdémateux, présentant une sorte d'infiltration séreuse avec péri-Déférentite pouvant être perçue jusqu'à l'anneau inguinal.

D'autrefois, le Déférent est normal de volume et de consistance en certains endroits et présente par place des nodosités moniliformes.

Il convient d'ailleurs d'insister sur ce fait qu'il n'y a pas de rapport direct entre les lésions épididymaires et les lésions Déférentielles :

De grosses lésions épididymaires peuvent exister alors que le Déférent est pour ainsi dire normal et inversement, un petit noyau épididymaire peut s'accompagner de lésions Déférentielles très importantes.

Ceci est comparable à ce qu'on observe au niveau de l'uretère dans la tuberculose rénale : on peut voir en effet un rein presque complètement détruit avec un uretère autant dire normal et inversement, des lésions discrètes du rein peuvent co-exister avec des lésions urétérales considérables.

Dans ces formes plus avancées, le toucher rectal va donner des renseignements précieux :

Classiquement, au toucher, sensation de prostate bourrée de grains de plomb.

En réalité, il semble bien que les lésions intéressent moins la prostate que l'ampoule des Déférents et les canaux éjaculateurs.

Le doigt perçoit des nodosités de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, médiane, ou para-médiane, effaçant le sillon médio-prostatique. A bout de doigt, on sent la vésicule séminale correspondante empâtée et comme injectée au suif.

EVOLUTION :

Non traitée, la tuberculose génitale ou bien se stabilise, et prend une allure torpide, ou bien évolue vers la fistulisation, celle-ci pouvant se produire à un moment quelconque et parfois très précocement : Les noyaux épididymaires ramollis adhèrent à la peau en arrière, le scrotum rougit, s'ulcère, une fistule est constituée présentant les caractères habituels des fistules tuberculeuses avec leurs bords décollés, leur écoulement séro-grumeleux, leur siège postérieur.

L'écoulement peut se tarir et la fistule guérir spontanément, ne laissant après elle, qu'une cicatrice déprimée.

Mais beaucoup plus souvent, elle est le point de départ d'une infection secondaire, les ganglions inguinaux s'engorgent. D'autres fistules s'ouvrent pouvant mettre à nu la masse testiculo-épididymaire et réaliser un véritable fungus bénin (par opposition au fungus néo-plasique), mais qui n'en est pas moins grave, car rapidement l'état général décline.

Parallèlement, les lésions pelviennes prostatato-vésiculaires continuent à évoluer pouvant s'ouvrir dans le rectum.

Des lésions uréthrales peuvent se produire entraînant un rétrécissement tuberculeux et des fistules, pouvant soulever un diagnostic difficile avec les péri-urétrites des vieux rétrécis.

La mort survient au bout d'un laps de temps variable du fait de la cachexie, de l'infection surajoutée, ou de la généralisation tuberculeuse.

FORMES CLINIQUES

Elles sont nombreuses. Toutes les combinaisons lésionnelles sont possibles.

1° Nous avons vu que le siège de lésions était le plus souvent à la queue de l'épididyme.

2° Mais la forme bipolaire est assez commune : on trouve un noyau à la tête de l'organe et un autre à la queue ;

3° D'autres fois, tout l'épididyme est pris en masse : forme massive ;

4° L'épididymite bilatérale est d'une extrême fréquence. 30 0/0 des cas environ. Soit qu'on la constate d'emblée, quand le malade vient consulter, soit qu'elle se produise secondairement, en général, l'envahissement du second épididyme survient assez rapidement après celui de l'autre côté (entre six mois et un an) ;

5° Dans d'autres cas, les lésions présentent une prédominance funiculaire, parfois même la localisation peut être constatée primitivement dans le canal déférent sans preuve clinique, d'autres localisations dans l'appareil génital. (Voir observation N° 11) ;

6° Une forme extrêmement intéressante est la lésion épididymaire unilatérale s'accompagnant de lésions prostatovésiculaires bilatérales. Pour expliquer ces cas, on a émis l'hypothèse d'une propagation de proche en proche favorisée par la rétention de produits tuberculeux entre les deux sphincters dans l'intervalle des mictions. Quoiqu'il en soit, cette forme présente un grand intérêt, car elle implique des indications thérapeutiques très spéciales sur lesquelles nous aurons à revenir.

7° Dans d'autres cas, les lésions génitales peuvent être plus ou moins masquées par la réaction vaginale qu'elles entraînent.

Tantôt, on trouve une légère lame d'hydrocèle permettant cependant l'examen.

Parfois, une hydrocèle plus volumineuse rendant toute exploration impossible.

On se méfiera de certaines hydrocèles à répétition qui sont souvent la traduction d'une tuberculose génitale à son début, et avant de porter le diagnostic peu précis d'hydrocèle « essen-

tielle » on ne manquera jamais de pratiquer un toucher rectal qui permettra souvent d'obtenir des indications sur la nature de l'affection causale.

Parfois d'ailleurs, celle-ci n'est reconnue qu'à l'intervention, et c'est seulement quand on a incisé la vaginale pour faire la cure de l'hydrocèle qu'on constate les lésions épididymaires extrêmement discrètes qui étaient passées inaperçues, malgré l'examen clinique le plus minutieux.

8° Intéressante également est la forme hypertrophique de la tuberculose génitale en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

Testicule et épididyme sont pris en masse sans qu'il soit possible de les délimiter cliniquement.

On peut penser à un néoplasme. Cependant, le diagnostic est parfois facilité par la constatation d'un volumineux cordon ou par la coexistence de lésions plus typiques du côté opposé.

Dans tous les cas, ces formes massives s'accompagnent de façon pour ainsi dire constante de lésions caractéristiques prostatovésiculaires et le toucher rectal vient habituellement lever les doutes au sujet de la nature de l'affection ;

9° Nous ne ferons que mentionner les formes aiguës de la tuberculose génitale qui peuvent simuler à s'y méprendre l'orchite gonococcique la plus banale. En réalité, ces formes aiguës méritent plutôt le nom de « *formes à début aigu* ». Car après un début assez bruyant, ou bien un abcès se forme et la fistulisation se produit en quinze jours ou trois semaines, entraînant la sédation des phénomènes observés ; ou bien les accidents aigus disparaissent progressivement.

Dans les deux cas, l'épididymite continue à évoluer de façon chronique.

Ces formes sont surtout intéressantes au point de vue du diagnostic, qui n'est pas toujours aisé avec l'orchite gonococcique, nous citons plus loin (Voir observation N° 12), un cas d'orchite épididymite fistulisée chez un blennorragique non guéri, l'examen du pus de la fistule avait montré la présence de gonocoques et c'est seulement après intervention que l'examen anatomo-pathologique mit en évidence une tuberculose caséeuse de l'épididyme.

Disons de plus, que l'erreur est encore possible avec des accidents de torsion testiculaire dont le début est cependant en général plus brutal.

Mais surtout, le diagnostic est parfois très délicat avec certaines épididymites à coli bacille sur lesquelles on a insisté

récemment encore. Cliniquement, il est souvent impossible de les reconnaître, mais comme dans la tuberculose aiguë on n'a pas intérêt à intervenir immédiatement, le mieux est d'attendre et si les lésions observées sont dues au coli bacille, l'abcès une fois ouvert, guérit sans laisser de traces.

10° *Formes associées de la tuberculose génitale* : elles sont extrêmement fréquentes et d'un intérêt inégal. On pourrait presque dire qu'il y a deux sortes de tuberculose génitale :

— l'une dans laquelle la lésion est purement locale (cliniquement du moins), c'est la forme qui guérit vite et bien.

— l'autre, où à côté de la lésion génitale évolue parallèlement un autre foyer tuberculeux qui peut siéger n'importe où.

Parfois, cette association ne présente pas d'autre intérêt que celui de constituer une contre-indication opératoire formelle. Tous les vieux tuberculeux de Brévannes ont leur petit noyau épididymaire et ces formes des vieux cavitaires impliquent une abstention prudente.

— Mais dans d'autres cas, à côté de la lésion génitale, évolue une tuberculose urinaire.

La coexistence des deux lésions peut se présenter sous deux aspects :

— ou bien la tuberculose génitale apparaît chez un tuberculeux rénal avéré : éventualité banale et fréquente.

— ou bien, et c'est de beaucoup le cas le plus intéressant, l'atteinte génitale est dénonciatrice d'une tuberculose rénale méconnue. (Voir observations n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6).

Il faut poser, en principe, que la constatation d'un noyau épididymaire doit conduire systématiquement à l'examen des urines. Si celles-ci sont troubles, rechercher les plus petits signes vésicaux même passagers, en pensant à une tuberculose rénale possible. Y penser encore même en l'absence de tout phénomène vésical ; on sait combien la tuberculose rénale peut évoluer de façon torpide et on mettra tout en œuvre pour la dépister.

Parfois cependant, les urines sont troubles et le rein n'est pas en cause, la pyurie est alors due à des lésions locales d'urethrite postérieure tuberculeuse, de prostatite, ou même de cystite. Il existe, en effet, des tuberculoses vésicales d'origine génitale avec intégrité du rein (M. Marion).

Tels sont les principaux aspects cliniques de la tuberculose génitale. Nous verrons que chacune de ces formes comporte des indications thérapeutiques particulières.

ETUDE CRITIQUE DES DIFFERENTES METHODES THERAPEUTIQUES DE LA TUBERCULOSE GENITALE

I. — TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical est « à priori » parfaitement admissible dans une affection qui est parmi les plus bénignes des localisations tuberculeuses de l'économie. Il ne faut pas perdre de vue que dans bien des cas, la tuberculose épididymaire nodulaire reste discrète, sans atteindre le stade de suppuration et qu'elle est parfaitement susceptible de guérir anatomiquement et cliniquement au bout d'un temps qui varie entre plusieurs mois et plusieurs années.

Contrairement à la tuberculose urinaire, la tuberculose génitale est une tuberculose qui guérit facilement et on peut sans grand danger laisser évoluer spontanément un foyer tuberculeux qui retentit aussi peu sur l'état général, si le malade à la possibilité de se soigner médicalement aussi longtemps qu'il le faut.

Ces cas qui sont ainsi susceptibles de guérir spontanément sont rarement accompagnés de lésions prostatovésiculaires importantes et le traitement médical ne paraît exposer à la récurrence du côté opposé ni plus ni moins que le traitement chirurgical. L'évolution se juge assez rapidement dans ces formes qu'on abandonne au traitement médical et si les lésions paraissent s'immobiliser ou mieux régresser on peut garder la même ligne de conduite avec de sérieuses chances de succès. On aura conservé au malade un testicule intact, ainsi que l'épididyme bien que celui-ci soit évidemment oblitéré et inutile.

Inversement, si les lésions continuent à évoluer et à progresser, en dépit du traitement médical, le testicule risque d'être atteint à son tour par contiguïté, les lésions profondes prostatovésiculaires, risquent de se propager à la voie spermatique du côté opposé. Dans les cas les plus malheureux, on observe l'atteinte bilatérale de l'appareil épididymo testiculaire.

Les partisans du traitement médical exclusif objecteront que, précisément l'atteinte possible des deux testicules doit faire rejeter le traitement chirurgical et doit servir de justification au traitement médical conservateur, estimant qu'il est préférable de conserver deux testicules, même tuberculeux, l'un et l'autre que de subir une double castration. Nous nous efforcerons au contraire de démontrer plus loin que l'épididymectomie pratiquée à temps peut précisément sauvegarder les deux testicules dans des cas de lésions épididymaires très avancées, voire fistulisées.

Le traitement médical est certainement capable d'amener la guérison avec bon résultat anatomique dans les formes discrètes, peu évolutives de la tuberculose épидидymaire. Mais nous ne pouvons accepter l'opinion émise par le Prof. Carlo Gamberini, de Bologne. (Congrès U. 1927), qui considère que le traitement médical « est le seul capable d'apporter la guérison dans le plus grand nombre des cas et à quelque moment que ce soit de l'évolution anatomo pathologique du processus ».

Nous pensons, au contraire, que dans les formes graves, très évolutives, on peut l'accuser de laisser les lésions épидидymaires envahir l'appareil génital tout entier.

En résumé, c'est un traitement qui conserve une valeur et des indications bien précises, qui doit être employé avec beaucoup de discernement.

Traitement excellent dans des cas bien déterminés, pis aller dans d'autres.

Les grandes lignes de ce traitement sont les suivantes :

Cure hélio marine, suralimentation, médications reconstituantes : huile de foie de morue, iode, phosphore, arsenic, sels de chaux.

On peut conseiller le séjour dans une station balnéaire à eaux chlorurées sodiques (Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins).

Récemment, on a préconisé des injections d'antigène tuberculeux. Ce traitement doit être avant tout par conséquent, un traitement général stimulant. Il faut, en somme traiter le terrain beaucoup plus que la lésion, permettre à l'organisme de mettre en jeu tous ses moyens de défense contre une localisation qui a été, à l'origine au moins, produite par voie hémato-gène.

Quant au traitement local, il se résume à des séances d'héliothérapie. On peut y adjoindre des séances d'irradiation par les rayons ultra-violets, enfin dans certain cas, la radiothérapie serait également susceptible de donner de bons résultats.

Ainsi compris, ce traitement purement médical peut donner dans des cas favorables, une amélioration nette en un an, et au bout de deux ans, on peut considérer le malade comme guéri.

Mais il n'est pas douteux que beaucoup de malades sont dans l'impossibilité de se traiter comme il conviendrait. Nombre d'entre eux n'ont ni le temps ni les moyens de suivre un traitement si prolongé.

Enfin, même quand le malade peut s'y astreindre, le traitement médical peut parfois échouer et on est alors obligé de recourir au traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL :

En dehors de l'épididymectomie que nous étudierons avec plus de détails, on a appliqué au traitement de la tuberculose génitale des méthodes chirurgicales que nous allons rapidement passer en revue.

Pendant longtemps et pour beaucoup de chirurgiens, en matière de tuberculose génitale, intervention était synonyme de castration. C'est évidemment une intervention facile, rapide, mais on ne doit la considérer que comme une opération de nécessité dans les formes avancées qui sont nettement épидидymo-testiculaires.

Le Professeur Lecène dans son traité de thérapeutique chirurgicale, qui nous a rendu tant de services au cours de nos études, considère que la castration est indiquée :

— dans les formes aiguës ou massives de la tuberculose épидидymo-testiculaire,

— dans la forme multi-fistuleuse avec abcès scrotaux.

Nous pensons qu'il convient de faire une distinction entre les formes aiguës et les formes massives. Ces dernières seules, nous paraissent justiciables de la castration où à l'intervention on trouve un testicule complètement envahi formant une seule et même masse avec l'épididyme.

Mais les formes aiguës ne nous paraissent pas du tout devoir bénéficier d'une castration hâtive, il ne semble pas que le testicule soit plus souvent pris que dans les formes chroniques.

Mieux vaut donc dans ces cas, instituer un traitement médical d'attente pour obtenir la résolution des lésions et leur passage à la chronicité.

D'une part, à cette phase aiguë, l'épididymectomie n'est pas possible alors qu'elle le devient quand les lésions sont devenues chroniques, d'autre part, une intervention pratiquée à cette période est susceptible de faire courir des risques de généralisation tuberculeuse, qu'il s'agisse d'ailleurs d'épididymectomie ou de castration.

Le traitement médical est donc seul de mise dans ces cas. Il est cependant parfois insuffisant pour empêcher la suppuration de se produire, une fistulisation peut être imminente, et on peut avoir la main forcée à intervenir.

Mais même alors, il ne semble pas que la castration soit justifiée, l'ouverture simple de l'abcès suffit à amener une sédation des lésions et ultérieurement une épидидymectomie pourra redevenir possible.

— Quant aux formes multi-fistuleuses, il ne semble pas qu'elles impliquent une castration systématique, et nous avons, au con-

traire fréquemment observé dans le service du Docteur Marion que l'épididymectomie restait possible malgré une suppuration abondante durant parfois déjà depuis longtemps.

En somme, ni le mode évolutif ni l'aspect clinique des lésions, ne peuvent permettre de poser une indication à la castration. C'est seulement, lors de l'intervention « la pièce en main » qu'on doit décider si la conservation du testicule est indiquée ou non.

Et encore devra-t-on être très circonspect.

Mis à part, les cas où manifestement on a affaire à un testicule détruit, il sera bon dans les formes avancées paraissant intéresser cet organe de tenter préalablement l'épididymectomie conservatrice qui ne sera d'ailleurs pas toujours possible.

Certes, ainsi que le dit le Professeur Lecène : « il faut bien reconnaître qu'il est souvent très difficile de savoir quel est exactement l'état anatomique de ce testicule au cours de l'opération, l'orchidotomie exploratrice n'étant pas sans inconvénient ».

Mais contrairement à l'opinion du Professeur Lecène qui dit que : « si le testicule est douteux, il vaut bien mieux renoncer à l'épididymectomie typique et faire alors la castration », les observations recueillies dans le service Civiale nous permettent de penser que même si le testicule présente quelques lésions au contact de l'épididyme, la castration n'est pas indiquée pour cela, car l'ablation du seul foyer épididymaire suffit à faire régresser les lésions testiculaires qui guérissent le plus souvent définitivement après intervention, et on se réjouira de trouver ultérieurement dans les bourses de ces opérés, de beaux testicules absolument normaux.

En résumé, la castration ne doit être considérée que comme un pis aller et on ne doit la faire qu'en désespoir de cause.

Par ailleurs, disons qu'elle n'est pas supérieure à l'épididymectomie dans ses résultats, et qu'elle expose tout autant aux fistules.

C'est qu'en effet, la plupart des fistules inguinales ou inguinoscrotales consécutives aux opérations pour tuberculose génitale, sont entretenues par des lésions déférentielles que la castration ne permet pas de traiter mieux que l'épididymectomie.

b) OPERATIONS DITES « RADICALES », AVEC ABLATION DES VOIES SPERMATIQUES

Ces opérations n'ont plus guère qu'un intérêt historique et sont à peu près complètement abandonnées à l'heure actuelle.

Elles consistaient à supprimer avec l'épididyme tout le canal déférent, la prostate et les vésicules séminales.

Deux voies ont été proposées pour arriver à ce but :

1° Voie inguino-iliaque (Baudet, Pr. Duval, Kendirdjy) ;

2° Voie combinée inguino-scrotale et périnéale (Young).

Logiques en théorie, car elles enlèvent la totalité des lésions et particulièrement séduisantes pour ceux qui admettent le début prostatovésiculaire de l'affection. Ces opérations sont mauvaises en pratique, car ce sont des interventions longues, difficiles, choquantes, après lesquelles les malades conservent très fréquemment des fistules interminables, profondes et très difficiles à traiter (7 fistules sur 15 opérés dans la première statistique de Young).

Et si des résultats satisfaisants ont pu être publiés :

— Quinby : 7 cas d'excision radicale avec résultats immédiats bons.

— Sacco : 100 0/0 de guérisons suivies au delà d'un an, sans d'ailleurs en préciser le nombre (opinion trop optimiste pour que nous puissions la partager).

De l'avis de Young lui-même, ces opérations ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux de l'épididymectomie. Sur vingt-quatre cas, Young donne comme résultats :

13 guérisons ;

1 mort opératoire ;

5 morts de tuberculose ;

2 malades conservent des symptômes vésicaux accusés ;

1 a une fistule vésicale ;

4 des fistules prostatiques.

Ces interventions sont donc loin d'être aussi « radicales » qu'on le prétendait.

Même en cas de tuberculose unilatérale, la vaso-vésiculectomie n'empêche pas les lésions prostatovésiculaires de s'étendre au côté opposé.

D'autre part, les constatations post-opératoires montrent avec quelle fréquence les lésions vésiculaires régressent après épididymectomie ce qui prouve bien dans tous ces cas, l'inopportunité d'une intervention plus étendue.

Mais même si les lésions profondes étaient arrivées à un degré tel que l'épididymectomie soit insuffisante pour les empêcher d'évoluer, une intervention radicale serait encore contre indiquée, car le malade n'en est pas amélioré et conserve indéfiniment des fistules extrêmement pénibles.

Dans quelques cas, on peut assister à la formation d'un volumineux abcès froid à point de départ prostatovésiculaire, venant

bomber dans le rectum, et qu'on pourrait être tenté d'inciser par voie périnéale, même alors, ne pas intervenir, mieux vaut s'abstenir et se borner aux petits moyens : ponction avec ou sans injections iodoformées.

c) **OPERATIONS ECONOMIQUES CONSERVATRICES**

Nous entendons par là, des interventions limitées : incision, curetage, des foyers caséux, des cavités suppurées « à la demande » des lésions.

Ces méthodes se justifient dans une certaine mesure, car elles visent à la conservation au maximum dans la menace d'une atteinte bilatérale.

Elles sont plus palliatives que curatives. Elles constituent un moyen terme entre le traitement médical et le traitement chirurgical proprement dit.

Les auteurs de ces méthodes ont eu au moins le mérite de réagir contre la tendance abusive à la castration qui s'était manifestée il y a quelques années.

A notre avis, d'après ce que nous savons actuellement de son évolution, il faut être éclectique dans le traitement de la tuberculose génitale en s'appuyant sur les deux principes suivants :

1° *supprimer le foyer principal* point de départ du processus tuberculeux pour essayer d'enrayer l'envahissement de tout l'appareil génital,

2° *éviter à tous prix la castration* car, même avec des lésions importantes, suppurées, le testicule est souvent indemne et on se félicitera d'avoir conservé un testicule encore sain d'un côté si dans l'évolution ultérieure le testicule opposé vient à se prendre irrémédiablement.

Parmi les méthodes chirurgicales que nous venons de passer en revue, les unes sont trop timides (opérations limitées), et pèchent par défaut ; les autres trop mutilantes pèchent par excès.

Le seul procédé, véritablement rationnel, celui que nous considérons comme le procédé de choix dans le traitement de la tuberculose génitale, c'est : *l'épididymectomie*.

L'EPIDIDYMECTOMIE :

Indications

L'épididymectomie est indiquée :

1° En cas de lésion épидидymaire unilatérale non suppurée, sans atteinte clinique prostatovésiculaire et sans autre localisation tuberculeuse cliniquement appréciable. Ces cas sont le triomphe de l'épididymectomie ; les suites opératoires sont sans histoire, la guérison est complète et définitive ;

2° Elle est encore indiquée en cas de lésion épидидymaire unilatérale et suppurée, même si cette suppuration date d'assez longtemps ; même si des fistules se sont ouvertes, l'épididymectomie reste le plus souvent possible et à l'intervention on trouve un testicule microscopiquement indemne et qui reste tel par la suite ;

3° En cas de lésion épидидymaire unilatérale et de lésion prostatovésiculaire du même côté. Loin d'être une contre indication opératoire, les lésions profondes sont, au contraire, une indication formelle de l'épididymectomie. Les lésions prostatiques en effet, à moins qu'elles ne soient très avancées, se comportent comme les lésions vésicales au cours de la tuberculose urinaire et regressent ;

4° En cas de lésion épидидymaire unilatérale, accompagnée de lésion testiculaire.

Comme nous l'avons vu, l'atteinte testiculaire n'est pas une indication à la castration puisque la lésion régresse habituellement après épидидymectomie.

Donc, en dehors des cas où le testicule est manifestement et totalement détruit (ce qui implique évidemment la castration) toujours tenter l'épididymectomie quelque délicate qu'elle puisse être parfois dans son exécution pour des raisons sur lesquelles nous aurons à revenir.

On est sûr de la sorte de conserver au moins un testicule, même si l'apparition ultérieure d'une tuberculose secondairement bilatérale, rapidement évolutive et extensive, force la main à une castration de l'autre côté. C'est qu'en effet, jamais un testicule resté sain après épидидymectomie ne devient tuberculeux par la suite.

Si la lésion testiculaire est telle que l'épididymectomie est impossible, et que la castration est nécessaire, même si on n'a rien trouvé du côté de la prostate, il faut faire l'épididymectomie du côté sain pour être sûr de sauvegarder l'intégrité du testicule restant.

Dans les cas où le malade se refuse à cette épидидymectomie préventive, le faire revenir à intervalles assez rapprochés pour qu'on puisse décélér le plus précocement possible le début d'une tuberculose secondairement bilatérale, afin là encore de sauvegarder le testicule restant par une épидидymectomie faite à temps ;

5° Une lésion épидидymaire primitivement ou secondairement bilatérale implique l'épididymectomie bilatérale. A ce sujet, disons que le meilleur moyen de prévenir l'atteinte épидидymaire

bilatérale secondaire est encore de pratiquer l'épididymectomie précoce en cas de lésion unilatérale. Plus on attend, plus on a de chances de voir apparaître une épididymite de l'autre côté ;

6° En cas de lésion épididymaire unilatérale, s'accompagnant de lésion prostatique et vésiculaire bilatérale on peut affirmer que deux ou trois mois après, l'autre épididyme se prendra (Marion). Il faut donc faire d'emblée une épididymectomie double.

Le Professeur Leguen a préconisé dans ces cas, la simple ligature avec section du déférent. Or, l'expérience prouve que l'épididyme est déjà histologiquement envahi. La ligature et la section du déférent se montrent insuffisantes pour empêcher une épididymite d'apparaître, on doit craindre, en outre, de voir un abcès froid se développer au niveau du déférent sectionné (voir obs. nos 8, 9), et quand on veut secondairement pratiquer l'épididymectomie l'adhérence au pédicule vasculaire spermatique, rend celle-ci impossible et oblige à une castration. L'épididymectomie préventive systématique est donc la seule façon là encore, de sauvegarder l'intégrité testiculaire, le malade est infécond, mais reste puissant. Or, ce malade était déjà infécond avant l'intervention car du côté apparemment sain, la voie était déjà oblitérée. Le malade était azoo-spermique avant l'intervention, ce dont il est d'ailleurs facile de s'assurer en pratiquant un examen de sperme.

On n'a donc rien à perdre et tout à gagner à faire une épididymectomie double dans ces cas.

7° Coexistence de tuberculose génitale et de tuberculose rénale.

Dans ces formes associées si fréquentes où la tuberculose génitale fait découvrir une tuberculose rénale dont on ne se doutait pas, la lésion génitale passe au second plan comme importance. Il faut s'occuper d'abord du rein. Ce n'est que secondairement qu'on procèdera à l'ablation de l'épididyme. Cependant si on a affaire à un malade résistant, on peut enlever les deux lésions dans une même intervention.

CONTRE INDICATIONS OPERATOIRES :

Elles peuvent être dues à l'état des lésions, mais beaucoup plus souvent elles sont tirées de l'état général. Comme contre indications locales, nous avons tout d'abord, l'aspect aigu des lésions. Dans ces cas, l'épididymectomie ne doit pas être tentée, d'une part, parce qu'elle est le plus souvent impossible à ce stade. D'autre part, parce qu'elle n'est pas sans danger et qu'elle fait courir des risques de généralisation tuberculeuse. Ce n'est, en fait

qu'une contre indication temporaire et si on laisse refroidir les lésions, on peut quand l'affection a repris son allure chronique, pratiquer l'épididymectomie différée.

— En second lieu, l'épididymectomie est contre indiquée quand l'examen clinique fournit la certitude d'une lésion testiculaire importante surajoutée à la lésion épидидymaire. La constatation d'un testicule bosselé, dur par endroits, ramolli en d'autres, manifestement en voie de destruction, doit faire prévoir qu'une épididymectomie serait insuffisante et mieux vaut alors se contenter de ponctionner les collections qui s'y forment. Recourir aux petites interventions limitées, aux cautérisations, au thermocautère, au nitrate d'argent, qui peuvent parfois tarir cette supuration épидидymo-testiculaire. Ce n'est que si de nouvelles collections se forment que la castration devient alors nécessaire pour venir à bout de ces abcès subintrants.

— Mais les véritables contre indications de l'épididymectomie sont tirées de l'état général du malade et de l'existence de lésions tuberculeuses coexistantes. En particulier, si le malade présente des lésions pulmonaires, même si ces lésions sont peu avancées, l'épididymectomie ne doit pas être pratiquée.

Il faut être beaucoup moins interventionniste pour une tuberculose génitale, que dans les cas de tuberculose urinaire où les indications de la néphrectomie peuvent être maintenues, malgré la constatation de lésions pulmonaires, si celles-ci ne sont pas trop étendues ni trop rapidement évolutives.

TECHNIQUE :

Anesthésie :

— On peut utiliser, soit l'anesthésie locale combinée à une anesthésie régionale avec infiltration du cordon.

— Soit la raché anesthésie.

— Soit l'anesthésie générale. C'est cette dernière qui est la plus couramment employée.

Instrumentation courante. — Préparation habituelle du malade.

Temps opératoires :

1° Incision du scrotum sur une longueur de six à huit centimètres. Si on intervient pour une tuberculose fistulisée ou si, bien qu'il n'y ait pas de fistule, le scrotum est déjà adhérent aux plans sous-jacents, faire une incision en raquette qui permettra d'exciser la portion suspecte des téguments ;

2° Extériorisation de la masse testiculo-épидидymaire après ligature et section du ligament scrotal, la masse doit être complètement sortie de la bourse et rattachée seulement au canal inguinal par le cordon ;

3° Incision de la vaginale au bistouri :

Dans certains cas, l'ouverture de la vaginale se fait sans difficulté, on repère les deux lèvres de l'incision par deux pinces et on prolonge l'incision aux ciseaux pour finalement luxer le bloc testiculo-épididymaire hors de la vaginale qui se trouve retournée.

Mais cette ouverture de la vaginale n'est pas toujours chose aisée et lorsque les deux feuillets sont adhérents, du fait de l'inflammation on peut avoir quelque difficulté à trouver le plan de clivage qui les sépare. Procéder alors avec précaution pour ne pas risquer d'inciser par mégarde l'albuginée testiculaire. Du bec des ciseaux courbes fermés, on clive progressivement des deux feuillets de la vaginale symphysée et on extériorise testicule et épидидyme. On peut alors voir le sillon qui sépare les deux organes, sillon qui persiste toujours, quelle que soit l'étendue des lésions.

4° Dissection de l'épididyme.

— De la main gauche, avec une compresse, l'opérateur saisit le testicule entre pouce et index.

— L'aide tend et expose l'épididyme préalablement repéré par trois pinces, l'une sur la tête, l'autre sur le corps, la troisième sur la queue de l'organe. Employer de préférence des pinces d'Ombredanne moins traumatisantes que les Kocher qu'on emploie habituellement pour cet usage. (Surtout si on se trouve en présence de lésions ramollies ou en voie de ramollissement).

— On circonscrit alors l'épididyme par une incision au bistouri du feuillet vaginal sur toute la périphérie du sillon épидидymo testiculaire. Incision prudente surtout sur la face interne pour ne pas intéresser les vaisseaux du pédicule testiculaire.

— Quand le feuillet viscéral de la vaginale est ainsi incisé, sur tout le pourtour de l'épididyme on amorce la séparation du testicule et de l'épididyme, en commençant par la queue de l'organe toujours bien tendu et bien exposé par la traction des pinces confiées à l'aide, et en continuant par la tête où on sectionne l'attache des vasa aberrantia.

En dehors, on n'a rien à craindre, on peut pousser le décollement assez loin et l'épididyme peut être isolé sur toute sa longueur. En dedans, par contre la séparation est plus délicate : elle peut être effectuée sans danger aux deux extrémités de l'épididyme, mais à sa partie moyenne, au niveau du hile testiculaire, il faut s'abstenir de creuser en profondeur pour ne pas léser les vaisseaux.

Ce décollement doit être fait en tenant, la lame du bistouri bien à plat pour ménager le testicule qu'il faut cependant serrer de près, moyennant quoi, la séparation s'effectue en général facilement même dans les lésions suppurées. Toutefois, si le décollement est difficile, il est préférable de laisser de parti pris un peu d'épididyme sur le testicule, plutôt que de tout enlever, car on risque d'inciser l'albuginée et d'ouvrir le testicule.

5° Séparation du canal Déférent et du pédicule vasculaire du testicule.

C'est le temps essentiel de l'intervention. Maintenant, l'épididyme est détaché en grande partie du testicule au niveau de ses extrémités, mais sa partie moyenne est encore adhérente au niveau du hile.

On se propose de séparer :

Le testicule appendu à son pédicule vasculaire de l'épididyme appendu au déférent qui lui fait suite.

Pour ce faire, on utilise la manœuvre du Professeur Marion ; au bistouri on incise avec prudence la gaine vaginale qui forme manchon autour de la partie inférieure du cordon. Cette incision doit être faite longitudinalement, parallèle au cordon et à la partie interne de celui-ci, entre la saillie que font sous la séreuse :

- le pédicule spermatique d'une part ;
- d'autre part, le déférent, souvent volumineux, toujours facile à identifier par sa continuité avec la queue de l'épididyme.

Dans toute cette manœuvre, il est indispensable que l'aide entraîne d'un côté la masse épididymo déférentielle, tandis que l'opérateur exerce une légère traction en sens inverse sur le testicule appendu à son pédicule vasculaire.

Dès qu'il a été amorcé, le décollement se fait en général de lui-même. Cependant épididyme et déférent sont encore reliés au cordon par les vaisseaux nourriciers de l'épididyme qu'on sectionnera et qu'on liera avec grand soin pour terminer la libération épididymaire.

6° Ligature du déférent qu'on sectionne au thermocautère au niveau de la partie moyenne du scrotum, sans chercher à le réséquer sur une plus grande longueur.

7° Fixation du moignon déférentiel à l'angle supérieur de la plaie cutanée, car il faut qu'il soit facilement accessible.

8° Révision du testicule qu'on rabote aux ciseaux pour enlever les débris épididymaires qui ont pu rester adhérents à sa surface. Si on note une atteinte discrète de la partie du testicule qui se trouvait au contact de l'épididyme, on cautérise ces lésions

en passant sur leur surface le plat du couteau du thermocautère. On vérifie l'intégrité de l'albuginée qu'on ferme par un point en U, si elle a été incisée au cours d'une libération difficile de l'épididyme. On vérifie l'hémostase.

— Reposition du testicule dans la bourse.

— Fermeture plus ou moins complète suivant les lésions qu'on a trouvées. En cas de lésions peu accentuées non suppurées, fermeture complète au crin avec drainage insignifiant, drain au point déclive (c'est-à-dire à la partie supérieure de l'incision, car lorsque le malade est couché le point déclive n'est plus dans le fond des bourses). Si, au contraire, les lésions sont suppurées, si du pus a été répandu sur les tissus du scrotum et qu'on craigne l'inoculation de la plaie par les produits tuberculeux, se contenter de rentrer le testicule, laisser la plaie largement ouverte. Tout au plus, mettre un crin de rapprochement et maintenir le testicule dans la bourse par un tamponnement avec une mèche iodoformée.

Suites opératoires. — Parfaitement simples dans tous les cas. L'épididymectomie est une opération d'une extrême bénignité.

On est toujours surpris de la rapidité de cicatrisation même si à l'intervention on a trouvé de grosses lésions suppurées obligeant à laisser la plaie ouverte, la guérison est presque aussi rapide que lorsqu'on a pu fermer d'emblée.

Ablation des fils le huitième jour.

En quinze jours, la cicatrisation est complète.

Si on a dû laisser une mèche, ne pas se presser de l'enlever, ne la retirer que vers le dixième jour.

Incidents post-opératoires :

Ce sont tous des incidents d'ordre local.

— Tuberculisation de la plaie cutanée : ne doit pas se voir si on prend la précaution de mèche quand les lésions le nécessitent.

— Fistulisation :

Evidemment fréquente, elle est due à l'existence du moignon déférentiel infecté et peut se produire aussi bien dans les cas de tuberculose non suppurée, qu'à la suite des interventions pour tuberculisations suppurées et fistulisées. C'est la raison pour laquelle il est non seulement inutile, mais encore contre indiqué de réséquer le déférent sur une grande longueur. Certains auteurs (Dellinger, Barney récemment encore), ont préconisé l'ablation du déférent isolé de proche en proche jusqu'au delà de l'orifice inguinal profond.

Or, comme le fait remarquer M. Marion, quoiqu'on fasse, il restera toujours un moignon déférentiel cause possible de fistule. Si cette fistule est superficielle et au niveau du scrotum, il sera facile de la traiter, d'où l'utilité de la fixation du moignon déférentiel à la plaie cutanée. Si, au contraire, on résèque une grande longueur du déférent (que certains poursuivent jusque dans son trajet intra abdominal), on reporte dans le petit bassin une source de suppuration qui sera d'un abord extrêmement pénible. Il faut donc que le moignon déférentiel soit facilement accessible ; si la fistulisation se produit, il est aisé d'en venir à bout par quelques cautérisations au nitrate d'argent. Au besoin, mise en place d'un crayon de nitrate à demeure dans le trajet fistuleux pour déterminer la formation d'une escarre. Sous l'influence de ce traitement local auquel on peut adjoindre quelques séances d'héliothérapie ou de rayons ultra-violet, la fistule se ferme rapidement et le malade guérit complètement.

— Le sphacèle partiel ou total du testicule a pu être observé, après des épидидymectomies difficiles ; quand la dissection de l'épididyme et du déférent a été laborieuse on a pu blesser l'artère spermatique. Toute la difficulté de l'épididymectomie vient, en effet, de l'adhérence du canal déférent avec les vaisseaux spermatiques dans l'intérieur même du cordon.

— *La hernie post-opératoire du testicule* est un incident qui se produit parfois dans les cas où on a laissé la plaie largement ouverte et surtout quand on a eu l'imprudence d'enlever la mèche trop tôt, avant le dixième jour.

Quand on le constate, il faut décoller le testicule des lèvres de la plaie, le réintégrer dans la bourse et suturer à nouveau la plaie par quelques points.

STATISTIQUE. — OBSERVATIONS

Nous estimons qu'il est parfaitement inutile de reproduire ici les 278 observations qui servent de base à ce travail.

Nous nous contenterons de choisir parmi elles, celles qui présentent des particularités dignes d'être mentionnées et nous produirons une statistique d'ensemble qui nous donne les résultats suivants :

Sur 278 cas, nous avons :

185 épидидymites unilatérales (66 0/0).

93 épидидymites bilatérales (33 0/0).

Parmi celles-ci :

- 56 des malades qui en étaient atteints présentaient à leur entrée, une lésion bilatérale.
- les 37 autres opérés pour épидидymite une première fois, présentèrent par la suite un second foyer épидидymaire de l'autre côté.

D'autre part, sur l'ensemble des cas, nous relevons :

- 117 lésions suppurées (42 0/0), dont :
- 59 fistulisées (21 0/0).
- 29 formes aiguës ou subaiguës (10 0/0).
- 37 hydrocèles (13 0/0).
- 43 lésions testiculaires coexistant avec une épидидymite (15 0/0).
- 78 lésions de déférentite et funiculite, parmi celles-ci dans deux cas la lésion du cordon était isolée sans autre localisation génitale (28 0/0).
- 98 lésions prostatovésiculaires, parmi lesquelles, quinze fois on constata une lésion prostatovésiculaire bilatérale avec une épидидymite unilatérale. Ce qui permet de prévoir et parfois de prévenir une localisation bilatérale (35 0/0).
- 48 fois à la tuberculose génitale était associée une tuberculose rénale, et dans 7 cas, la lésion génitale permit de découvrir la lésion rénale jusque-là latente (17 0/0).
- 18 fois les urines étaient troubles avec rein indemne.
- 23 fois, coexistence de lésions pulmonaires. Ce chiffre nous paraît d'ailleurs inférieur à la réalité et répond vraisemblablement à des manifestations évolutives.
- 8 fois enfin d'autres localisations tuberculeuses furent notées (le plus souvent articulaires ou osseuses).

Ces 278 malades ont été opérés :

220 épидидymectomies ont été pratiquées,
et 58 castrations.

Ces castrations ont été faites :

- 43 fois pour testicule très malade ou détruit.
- dans les 15 autres cas, le testicule était *sain* et la castration fut faite, soit à cause de lésions funiculaires ne permettant pas la libération du pédicule spermatique ; soit à la suite de rupture du cordon au cours des manœuvres opératoires, soit en raison de l'âge avancé du malade.

Résultats :

Pour ce qui est du résultat éloigné de ces interventions, nous avons pu suivre 111 de ces malades. Parmi ceux-ci :

- 87 ont été épидидymectomisés.
- 22 ont subi une castration.
- 2 ont été épидидymectomisés d'un côté et castrés de l'autre dans une même intervention.

Nous n'avons retenu que les cas opérés depuis plus d'un an (19 entre 1 an et 2 ans. Les 92 autres entre 2 ans et 10 ans).

Les résultats sont les suivants :

87 épидидymectomies,

Avec :

- 31 guérisons, soit 35 0/0.
- 10 guérisons locales, le malade ayant présenté ultérieurement une localisation tuberculeuse extra génitale 11 0/0.
- 7 fistules, soit 8 0/0.
- 16 récidives du côté opposé, soit 18 0/0.
- 11 lésions prostatato-vésiculaires persistantes, 12 0/0.
- 12 morts, 13 0/0.

22 castrations :

Avec :

- 5 guérisons complètes, soit 22 0/0.
- 1 guérison locale 4 0/0, le malade ayant présenté ultérieurement une localisation tuberculeuse extra génitale.
- 3 fistules 13 0/0.
- 4 récidives du côté opposé, 18 0/0.
- 3 lésions prostatato-vésiculaires persistantes, 13 0/0.
- 6 morts, 27 0/0.

2 malades ayant subi à la fois épидидymectomie et castration :

- 2 morts.

Sur les 20 cas de mortalité :

- 8 fois nous retrouvons dans les observations de ces malades des lésions de tuberculose pleuro-pulmonaire.
- 4 fois les malades sont morts de tuberculose rénale.
- 1 cas de mort par granulie deux ans après épидидymectomie.
1 cas de méningite tuberculeuse avec mort vingt-cinq jours après épидидymectomie.
- il a été impossible d'obtenir des renseignements sur la mort des autres malades.

Nous n'avons pas en produisant ces statistiques, l'intention de mettre en parallèle l'épидидymectomie et la castration puisque, comme nous l'avons déjà fait ressortir, ces deux interventions ne s'adressent pas aux mêmes cas.

Le seul point sur lequel nous croyons devoir insister pour terminer c'est que le pourcentage de mortalité de cette statistique opératoire qui porte sur dix années, est imputable non pas aux interventions pratiquées, mais à la coexistence des lésions associées, ou à l'éclosion de nouveaux foyers tuberculeux, le plus souvent pulmonaires.

Nous n'avons relevé qu'un seul cas de granulie survenu deux ans après une épидидymectomie (on ne peut donc imputer cette généralisation tuberculeuse à l'intervention), et un cas de méningite tuberculeuse, avec mort vingt-cinq jours après l'épидидymectomie. C'est la seule fois où on puisse suspecter l'intervention d'avoir déclenché de tels accidents, soit une proportion de 0,9 0/0, qui n'est vraisemblablement pas supérieure à celle qu'on peut observer à la suite de la suppression d'autres foyers tuberculeux de l'organisme. L'ablation chirurgicale de l'épидидyme n'expose donc pas le malade à une généralisation tuberculeuse, comme on l'a cru.

O. n° 1 — L. A., 30 ans.

Entré le 1^{er} mars 1923.

Vient pour tuméfaction de la bourse droite apparue il y a six semaines, et s'accompagnant de douleurs vives. Actuellement masse volumineuse de la grosseur d'un citron. On ne peut distinguer les limites de l'épидидyme et du testicule.

Cordon très épaissi, le déférent est particulièrement dur.

Au toucher rectal : noyau prostatique droit. Vésicule séminale augmentée de volume.

Le malade présente des urines troubles.

Pollakiurie légère depuis un an et demi.

A eu une hématurie l'an dernier.

Le cathétérisme urétéral met en évidence une tuberculose rénale gauche.

Opération : 21 mars 1923 :

1° Néphrectomie gauche pour tuberculose rénale. A la coupe lésions ulcéro caséuses typiques. Plusieurs cavernes.

2° épидidymectomie droite. Lésions très accentuées. Un foyer de suppuration est ouvert en cours d'intervention. Le déférent est du volume d'un gros crayon. Fermeture partielle. Mèche iodoformée.

Suites opératoires :

Revu en avril 1929. Bon état général. A engraisé de 13 kilos depuis l'intervention. A repris ses occupations.

Localement, cicatrisation complète scrotale et lombaire. Testicules normaux. Toucher rectal normal. Urines limpides. Mictions normales de fréquence.

O. n° 2 — E. P., 25 ans.

Entré le 19 décembre 1927.

Vient pour tuméfaction considérable de la bourse droite, ayant débuté il y a 5 ans et ayant présenté une fistulisation aujourd'hui guérie. Depuis trois semaines, nouvel abcès à la partie antérieure de la bourse droite. En arrière, gros noyau ramolli au niveau de la queue de l'épididyme. Déférent normal. Prostate et vésicules normales.

Le malade présente des *urines pâles et troubles*. Pas de signes vésicaux.

Catheterisme urétéral bilatéral : B K du côté droit.

Opéré le 4 janvier.

— Néphrectomie pour tuberculose rénale droite, ulcération papillaire au sommet d'une pyramide de Malpighi.

— Epididymectomie droite pour lésions suppurées et fistulisées. Le testicule est sain. Issue de pus au cours de l'intervention. On laisse ouvert. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires :

Le malade n'a pas été revu

O. n° 3 — T. S., 45 ans.

Entré le 30 novembre 1927.

Vient pour tumeur apparue dans la bourse gauche depuis 15 jours.

A l'examen : masse du volume d'un petit œuf d'autruche apparue sans douleur. La palpation est actuellement encore indolore, la peau est épaissie infiltrée d'œdème, la vaginale extrêmement distendue apparaît rénitente. Translucidité évidente.

Le cordon est épaissi du côté gauche.

A droite : noyau du volume d'une noix au niveau de la queue de l'épididyme.

Toucher rectal : noyaux prostatiques bilatéraux.

Le malade présente des urines troubles, une exploration plus complète met en évidence une tuberculose rénale à marche torpide.

Opération : 11 janvier 1928.

— Néphrectomie droite pour tuberculose rénale. Le rein présente plusieurs cavernes tuberculeuses à la coupe.

— Epididymectomie bilatérale.
grosses lésions du côté gauche l'épididymectomie est cependant possible. Testicule macroscopiquement sain. A droite, l'albuginée fragile est ouverte en deux points et refermée au catgut.

Suites opératoires :

— Revu le 14 mai 1929.

Excellent état. A engraisé et reprend progressivement son activité.

Localement, cicatrisation parfaite, les testicules sont de volume normal.

Au toucher rectal : prostate de volume normal un peu dure de consistance, surtout à gauche.

Le malade accuse une diminution notable de l'appétit sexuel depuis l'intervention.

Du côté de l'appareil urinaire, cicatrisation complète de la plaie dans néphrectomie, pas de signes vésicaux, urine normalement. Urines claires.

O. n° 4 — F. A., 53 ans.

Entre à Civiale, le 22 août 1927.

Vient pour augmentation de volume de la bourse gauche, qui a débuté il y a trois ans.

A l'examen, l'exploration est gênée par une assez volumineuse hydrocèle, on parvient cependant à sentir une masse épидidymaire.

Déférent un peu augmenté de volume.

Toucher rectal : légère hypertrophie de la prostate. Le malade présente d'autre part des urines légèrement troubles avec filaments et grumeaux. On apprend qu'il urine 3 à 4 fois la nuit. 7 à 8 fois le jour.

Il signale deux petites hématuries survenues il y a un an.

A été opéré antérieurement pour hydrocèle.

Le cathéterisme urétéral met en évidence une tuberculose rénale gauche.

Opération : 27 août 1927 :

1° Néphrectomie gauche. A la coupe : cavernes tuberculeuses dans le parenchyme rénal.

2° Castration gauche en raison des lésions du testicule et de la vaginale.

Suites opératoires :

Revu en mai 1929. A engraisé de 15 kilos depuis l'opération.

Localement, bonne cicatrisation tant au niveau des bourses qu'à la région lombaire.

Toucher rectal : rien d'anormal à part l'hypertrophie prostatique légère déjà constatée.

O. n°5 — V. E., 29 ans.

Entré le 1^{er} juillet 1926.

Vient pour tuméfaction de la bourse gauche, apparue progressivement.

A l'examen, masse épидидymaire volumineuse intéressant tout l'épididyme, le testicule paraît normal. Cordon un peu gros.

Rien du côté droit.

Toucher rectal : *noyaux prostatiques bilatéraux.*

Urines troubles sans signes vésicaux.

Le cathéterisme urétéral bilatéral met en évidence une tuberculose rénale droite.

Opération : 7 juillet 1926.

1° Néphrectomie droite sans incident, pour tuberculose rénale.

Rein présentant plusieurs cavernes purulentes et ayant par endroit l'aspect de mastic.

2° Epididymectomie gauche pour tuberculose épидидymaire suppurée étendue à tout l'épididyme, alors que le testicule reste macroscopiquement intact.

3° Epididymectomie préventive droite en raison du noyau prostatique constaté de ce côté.

Suites opératoires :

Revu en avril 1929.

A engraisé de plusieurs kilos.

Localement cicatrices normales tant au niveau du scrotum qu'au niveau du rein.

On note l'existence d'une petite nodosité au pôle inférieur du testicule droit, nodosité ferme, indolore qui paraît être une petite lésion testiculaire en voie de transformation fibreuse.

Au toucher rectal : prostate normale. Vésicule droite perçue, semble un peu augmentée de volume.

Pas de signes urinaires. Urines claires. Mictions normales de fréquence.

O n° 6 — M. L., 26 ans.

Entré le 15 octobre 1927.

Vient pour tuméfaction fistulisée de la bourse gauche.

Début en juillet dernier.

La masse a augmenté progressivement et s'est fistulisée il y a quelques jours à la partie antéro supérieure de la bourse gauche.

Au palper, au-dessus du testicule qui est normal, on sent l'épididyme considérablement augmenté de volume avec une masse fluctuante au niveau de la tête de l'organe, masse adhérente à la peau fistulisée.

Canal déférent épaissi.

Rien du côté droit.

Au toucher rectal : *Noyaux prostatiques bilatéraux.*

D'autre part, on retrouve dans les antécédents du malade, une hématurie totale en 1920. En 1927, petite goutte de sang à la fin de la miction. Pas de phénomènes vésicaux.

Les urines paraissent claires.

Le rein gauche est perceptible au palper.

Le cathétérisme urétéral bilatéral met en évidence une lésion tuberculeuse du rein gauche.

Opération : 26 octobre 1927.

1° Néphrectomie pour tuberculose rénale gauche. Lésions ulcéro-caséuses typiques à la coupe.

2° Epididymectomie bilatérale :

A gauche : grosses lésions suppurées de la queue de l'épididyme. Testicule intact.

A droite : épидидymectomie préventive en raison des lésions prostatiques bilatérales constatées cliniquement.

Suites opératoires :

Revu en avril 1929.

A engraisé de 15 kilos.

Localement état parfait tant au niveau des bourses qu'au niveau de la cicatrice lombaire.

Toucher rectal normal, *on ne trouve pas trace des lésions prostatiques constatées antérieurement.*

Urine normalement. Urines claires.

O. n°7 — P. R. 24 ans.

Opéré le 22 octobre 1924.

Vient pour tuméfaction de la bourse droite apparue au mois d'août 1924.

Examen : épididymite nodulaire droite en voie de ramollissement. Déférent normal. Rien du côté gauche.

Au toucher rectal : noyau prostatique droit et grosse vésicule droite.

Du côté gauche noyau d'éjaculorite.

Opération : épididymectomie double :

A droite : épididyme plein de pus ouvert en cours d'opération. Fermeture partielle. Mèche iodoformée.

A gauche : *épididymectomie préventive* en raison de l'atteinte du canal éjaculateur gauche.

Testicules sains des deux côtés.

Suites opératoires :

Malade revu en 1929.

Localement : guérison complète des lésions génitales.

A été soigné à Berck pour mal de Pott dorso lombaire.

X et XI^e dorsale. Immobilisation puis intervention d'Albec. (12 septembre 1928).

A été nephrectomisé dans un service de chirurgie générale le 5 mars 1929 pour tuberculose rénale droite. Est encore en traitement à l'hôpital pour cette dernière affection.

O. n°8 — R. D. P. J., 26 ans.

Opéré le 20 juin 1923.

Vient pour tuméfaction de la bourse gauche apparue progressivement depuis quelques mois.

Examen : épididymite bacillaire gauche en voie de ramollissement. Cordon un peu augmenté de volume.

Toucher rectal : *lésions prostatiques bi-latérales.*

Grosse vésicule du côté droit.

Opération : Epididymectomie gauche typique.

Ligature préventive du déférent droit en raison des lésions prostato-vésiculaires constatées de ce côté.

Suites opératoires :

Le malade entre à nouveau à l'hôpital le 22 novembre 1923, présentant un noyau épididymaire droit et un noyau au niveau du cordon au point où la ligature préventive du déférent a été pratiquée cinq mois auparavant.

Opération : On tente l'épididymectomie droite, l'épididyme est décollé normalement, mais quand on veut isoler le déférent

des vaisseaux, on aperçoit qu'au point où la ligature du déférent a été antérieurement pratiquée, existe un abcès qui intéresse la totalité du cordon, ne pouvant dès lors respecter les vaisseaux spermatiques, on est obligé d'enlever le testicule qui est sain.

Suites opératoires :

Malade revu en 1929. Présente une fistule persistante du scrotum côté droit. Au toucher rectal légères indurations prostatiques.

Etat satisfaisant dans l'ensemble, a engraisé de 2 kilos, urine normalement.

O. n°9 — R. J., 41 ans.

Entré à Civiale le 15 novembre 1921.

Vient pour augmentation de volume de la bourse gauche.

A l'examen : orchi épидидymite suppurée d'origine tuberculeuse.

Déférent normal.

Rien du côté droit.

Toucher rectal : vésicule gauche énorme.

Opération : 19 novembre 1921.

Castration gauche pour gros foyer épидидymo-testiculaire.

Ligature du canal déférent à la partie inférieure du canal inguinal.

Ligature préventive du canal déférent opposé.

Suites opératoires :

Entré à nouveau à l'hôpital le 12 mars 1923 pour épидидymite tuberculeuse aiguë du côté droit.

Opération : 28 mars 1923.

Epididymectomie pour lésions épидидymaires très accentuées. Plusieurs foyers ramollis sont ouverts.

Fermeture partielle. Mèche iodoformée.

Suites opératoires :

Revu en mai 1929.

Etat local bon. Toucher rectal : induration prostatique. Etat général assez médiocre. Présente une fistule anale.

O. n°10 — F. H., 30 ans.

Opéré le 27 octobre 1925.

Vient pour tuméfaction de la bourse gauche fistulisée.

Début en août 1925.

A l'examen : tuméfaction douloureuse de la bourse gauche avec fistule postérieure. Gros noyau empâtant la queue de l'épididyme adhérent aux plans superficiels.

Le canal déférent est normal.

Au toucher rectal : *noyau prostatique du volume d'une noix.*

Le malade a des urines troubles.

Opération : épидидymectomie gauche typique.

Le canal déférent est en apparence complètement sain.

Suites opératoires :

Malade revu en 1929, présente une épидидymite fistulisée du côté droit pour laquelle il ne s'est pas fait traiter. Grosses lésions prostatiques. Etat général précaire. Accuse de l'impuissance.

O. n°11 — C. A., 16 ans.

Opéré le 30 avril 1921. (Civiale).

Vient pour tuméfaction des deux bourses.

Le début remonte à quelques semaines.

A l'examen : du côté droit : épaississement considérable du cordon avec adhérences à la peau se prolongeant jusqu'au canal inguinal. Le testicule et l'épididyme paraissent normaux.

Du côté gauche : tuméfaction au niveau de la tête de l'épididyme du volume d'une petite noix, adhérente à la peau. Le cordon est également augmenté de volume.

Toucher rectal : rien d'anormal.

Antécédents : Ecoulement gonococcique il y a trois mois.

Aurait été soigné il y a deux ans pour péritonite tuberculeuse.

Opération : Double épидидymectomie pour tuberculose à marche rapide. Les épидидymes sont à peu près sains. *Les lésions atteignent surtout le cordon des deux côtés*, avec adhérence à la peau des deux côtés, et abcès sur le point de se fistuliser du côté gauche.

Opération atypique avec résection assez haute des déférents dont on fixe le moignon à l'angle supérieur de la plaie laissée ouverte. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires :

Le malade n'a pas été revu.

O. n°12 — D. P., 22 ans.

Entré à Civile le 2 novembre 1922.

Vient pour tuméfaction et fistule de la bourse droite.

A eu une blennorragie en 1921.

En août 1922 apparition d'une orchite épидидymite qui se fistulise le 27 octobre.

A l'examen : noyau du volume d'une noix siégeant à la queue de l'épididyme droit. Déférent normal.

Toucher rectal : un noyau au niveau du lobe prostatique droit.

L'examen du pus qui s'écoule de la fistule montre la présence de *gonocoque*.

Opération : 8 novembre 1922.

Epididymectomie droite, les lésions ont nettement l'aspect tuberculeux.

Examen anatomo pathologique (Mlle Kogan) : Tuberculose caséeuse de l'épididyme.

O. n° 13 — P. A., 20 ans.

Entré à Civiale le 12 mai 1924.

Pour augmentation de volume des deux bourses remontant à plusieurs années. Les deux épидидymes sont augmentés de volume avec noyaux plus volumineux au niveau de la tête.

Des deux côtés le déférent est un peu induré.

Au toucher rectal à gauche : noyau au niveau du canal éjaculateur et dans le vésicule séminale.

Les lésions du côté droit ont été curetées il y a environ deux ans dans un autre service sans amélioration ultérieure appréciable.

Opération : 17 mai 1924.

Epididymectomie bilatérale.

A droite : lésions peu considérables.

A gauche : vaginale symphysée épидидyme volumineux très adhérent.

Suites opératoires :

Revu en mai 1929.

Guérison complète des lésions génitales.

Toucher rectal : *disparition complète des lésions antérieurement constatées.* On ne perçoit plus rien d'anormal au toucher.

Urines encore légèrement troubles. Mictions normales de fréquence.

O. n° 14 — P. A., 20 ans.

Entré à Civiale le 12 mai 1924.

Augmentation en totalité des deux épидидymes avec noyaux plus volumineux au niveau de la tête. Déférents un peu indurés.

Toucher rectal : *à gauche, noyaux au niveau du canal éjaculateur et de la vésicule séminale.*

Opération : 17 mai 1924.

Epididymectomie bilatérale.

A droite : lésions peu considérables.

A gauche : vaginale symphysée, épидидyme très volumineux, très adhérent ; *il a déjà été curetté autrefois.*

Suites opératoires :

Revu en mai 1929.

Très bon état général et local.

Toucher rectal : *Normal.*

O.n°15 — R. C., 22 ans.

Entré à Civiale le 5 juillet 1927.

Pour augmentation de volume des deux bourses.

Début aigu il y a quinze jours.

Actuellement noyau gros comme une noix à la queue de l'épididyme droit, un noyau un peu plus petit à gauche.

Augmentation de volume notable des deux cordons.

Toucher rectal : *noyau prostatique droit assez volumineux.*

Urines pâles et troubles, sans signes vésicaux.

Opération : 11 juillet 1927.

Epididymectomie double typique.

Suites opératoires :

Malade revu en mai 1929.

Etat local parfait.

Au toucher rectal, la prostate est *normale.*

O.n°16 — K. D., 33 ans.

Entré à Civiale le 3 juillet 1922.

Pour épидidymite fistulisée du côté droit, nodulaire du côté gauche.

Pas de modification appréciable du cordon.

Au toucher rectal : *Vésicule séminale droite volumineuse.*

Opération : 12 juillet 1922.

Epididymectomie bilatérale typique.

Suites opératoires :

Revu en mai 1929.

Bon état général. Poids : 73 kilos. Guérison complète des lésions génitales.

Toucher rectal : *normal.*

Urines un peu troubles, léger écoulement urethral sans gonocoque. Léger rétrécissement urethral.

Le malade accuse une diminution appréciable de l'appétit sexuel depuis l'intervention.

O.n°17 — R. C., 22 ans.

Entré à Civiale le 11 juillet 1927.

Pour tuméfaction des deux bourses.

Début brusque il y a quinze jours. Douleurs vives. Actuellement noyau gros comme une noix à la queue de l'épididyme droit. Un noyau plus petit à gauche.

Des deux côtés, déférent induré.

Au toucher rectal : *noyau prostatique droit*.

Urines pâles et troubles sans autres manifestations urinaires.

Opération : 3 août 1927.

Epididymectomie bilatérale.

Suites opératoires :

Revu en mai 1929.

Guérison des lésions génitales.

Toucher rectal : *normal*.

Urines claires. Mictions normales.

CONCLUSION

— Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose génitale à son début se présente sous l'aspect d'une lésion nodulaire localisée à la queue de l'épididyme.

— Le testicule n'est intéressé que dans 15 % des cas.

— Par contre, les voies spermatiques sont atteintes fréquemment.

— Lésions prostatato-vésiculaires : 35 %.

— Lésions déférentielles : 28 %.

— Cette tuberculose a une tendance très nette à la bilatéralité. (33 %).

— Elle coexiste fréquemment avec une atteinte rénale (17 %) qu'elle permet parfois de découvrir.

— En ce qui concerne le traitement.

— *Le traitement médical* est parfaitement admissible, mais présente de fréquentes contre indications tirées :

— de l'état des lésions.

— des conditions sociales du malade.

et on est souvent contraint de recourir au traitement chirurgical.

— *Le traitement chirurgical* peut consister :

a) En interventions limitées : cautérisation, curetage des foyers tuberculeux, mais ces interventions trop timides et pratiquement insuffisantes n'empêchent pas les lésions de continuer à évoluer.

b) On a proposé des interventions élargies « dites » « radicales » vaso-vésiculectomies, mais celles-ci sont trop mutilantes, skochantes, et peu satisfaisantes quant aux résultats : Pourcentage de mortalité élevé. Fistules post opératoires fréquentes et interminables.

c) L'épididymectomie a l'avantage sur les méthodes précédentes :

— de s'attaquer au foyer initial et principal des lésions.

— elle entraîne la régression des lésions associées (prostatato-vésiculaires ou testiculaires) déjà existantes. Au même titre qu'une néphrectomie pour tuberculose rénale fait régresser les lésions vésicales.

Par sa simplicité d'exécution.

Par la bénignité de ses suites opératoires.

L'épididymectomie s'impose comme opération de choix, même dans les cas de :

Tuberculose

suppurée,

fistulisée,

associée (prostato-vésiculaire),

déférentielle ou testiculaire.

— Ses résultats immédiats sont excellents, on ne note pratiquement pas de complication en dehors de fistules à point de départ déférentiel facilement curables et que d'ailleurs aucun autre procédé ne permet d'éviter.

— Elle n'expose pas comme on l'a cru, à une généralisation tuberculeuse.

— Secondairement et tardivement :

Elle a une influence régressive très nette sur les lésions prostato-vésiculaires.

— La récurrence du côté opposé est assez fréquente (18 %) d'autant plus fréquente d'ailleurs que l'épididymectomie aura été plus longtemps différée.

— En cas de lésions prostato-vésiculaires bilatérales avec lésion épидидymaire unilatérale on a avantage à faire une épидидymectomie préventive du côté sain pour sauvegarder l'intégrité du testicule.

d) La castration :

Parfois indiquée, ne vit que des contre indications de l'épididymectomie.

M. TAMBAREAU.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris.

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACHRACH. — Zur Behandlung der Tuberkulose der Männlichen Génitales (*Wiener. urol. Genel.*, 24 novembre 1926., in *Zeit für urol. chir.* t. XXII N° 5 et 6. 5 juillet 1927. p. 490.)
- N. BARBILIAN. — Les résultats éloignés de l'épididymectomie dans la tuberculose génitale » *P. M.*, 4 novembre 1925., p. 1460.
- BASTOS. — « Sobre el tratamiento de la tuberculosis génital masculina por la epididimectomia » (*El siglo Médico.* Madrid, 1^{er} mai 1926.)
- DE BERNE LAGARDE. — « Traitement de la tuberculose épididymo testiculaire de l'adulte. » *L'hôpital.* Mars 1925.
- DE BERNE LAGARDE. — « La tuberculose Prostatique » in *Journ. Méd. Français*, janvier 1927, p. 33.
- L. BISQUERTT. — « Tratamiento de la Epididymitis Tuberculosa. *Bul. de la Soc. de chir. de Chile.* N° 3. 11 mai 1927., p. 61.
- H.-G. BUGBEE. — « Geinto, urinary Tuberculosis ». *New York State. journ. of. Med.* 4 avril 1924., p. 491.
- A. CASSUTO. — Terapia ultra violetta della tubercolosi génital maschile V^o Congr. *Soc. Ital. di Urol. Padova.* 1926.
- F. CATHELIN. — Le traitement chirurgical des Tuberculosés Génitales. *Journal de l'Assoc. Méd. Mutuelle*, n° 1, janvier 1923, p. 5.
- CHOLTSOFF. — « Tuberculose Génitale » 1^{er} Congrès d'Urologie Russe. Mai 1926, in 5., ur ; t. XXIV, N° 5. Novembre 1927.
- S.-A.-C. COLSTON. — Was Ligation for Prévention of Epididymitis. *Journ. of the Med. Assoc.*, vol. XC., N° 7., 18 février 1927, p. 526.
- DARGET et GUERIN. — Noyaux tuberculeux du cordon sans autres lésions de l'épididyme et du déférent. *Soc. anatomo. clin. de Bordeaux*, 12 janvier 1925. In *journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 avril 1925, p. 289.
- DELLINGER BARNAY. — Traitement de la Tuberculose Génitale chez l'homme. 1^{er} Rapport. III^e congrès Soc. Int. d'urol. Bruxelles. Août 1927, in *Journ. Urol.* t. XXIV. N° 4, octobre 1927, p. 353.

- DELLINGER BARNAY et FLETCHER H. COLLY. — « The Treatment of génital Tuberculosis in the males. *The journ. of urol.*, vol. XIX, N° 6. Juin 1928, p. 657.
- DICK. — Urogénital Tuberculosis. *The British Méd. journ.*, 11 juin 1927, p. 1033.
- W.-S. EZICKSON. — « Tuberculosis of the génital tract treated with tuberculin Présentation of three cases » *The journ. of Urology* t. XVII. N° 6. Juin 1926, p. 567.
- L. FREUND. — Radiothérapie de la tuberculose de l'épididyme. *Verhandt. deutsh. Gesell. f. urol.* 5. Kgr. in Wien 1921.
- K. FROMLET. — Zur Konservativen Behandlung der Nebenhodentuberculose *Münch. Méd. Woch.* 25 novembre 1926, p. 2019.
- G. GAMBERINI et P. MAROGUA. — Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme : 2^e Rapport. III^e Congrès Soc. intern. d'urol. Bruxelles. Août 1927., in *Journ. d'urol.*, t. XXIV, N° 4, octobre 1927, p. 353.
- E.-L. KEYES. — « A case of prostatic tuberculosis without discoverable lésions in Kidneys ov in épидидymes. » *Transactions of the Americ. Assoc. of Génito urinary surgeons.* t. XVIII, p. 139.
- E. L. KEYES. — « Treatment of génital tuberculosis », *The American Journ. of Surgery.* T. IV, n° 2, février 1928, p. 133.
- H. L. KRETSCHNER. — Tuberculosis of the Epididyme a critical review based on the study of ninety four cases. *Surgery. Gyn. Obst.*, vol. XLVII, n° 5, novembre 1928, p. 652.
- R. LAUDIVA. — « Las épидидimectomias corno tratamiento radical en las orqui épидидymitis tuberculosas ». *Semana Médica*, n° 29, 1924.
- G. MARION. — De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *P. M.*, 10 février 1923, p. 129.
- G. MARION. — Du traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. *J. U.*, T. XIX, n° 6. Juin 1925, p. 524.
- MOLLA Y PICATOSTE — Contribucion al estudio del tratamiento radical de la tuberculosis primitiva del épидидimo. *Revista Española de Cirurgia y Urol.* Juillet 1924, p. 526-533.
- C. A. R. NITSCH. — Génito urinary tuberculosis in the male. *The British Méd. Journ.*, 19 décembre 1925, p. 1182.
- C. A. R. NITSCH. — Urogénital Tuberculosis. *The British Méd. Journ.*, 14 mai 1927, p. 863.
- A. T. OSGOOD. — Some impressions after reviewing cases of male génital tuberculosis at Bellevue Hospital. *The Améric. Journ. of Surgery.* N° 3, septembre 1928, p. 212.

- PERARD et CODET. — A propos d'un cas de testicule ectopique tuberculeux. *Journ. d'Urol.*, T. XXIV, N° 5, novembre 1927, p. 438.
- L. PUSSIG. — Zur Genese und Behandlung der Mannlichen Génital tuberculose. *Méd. Klin.*, n° 7, 1924.
- REMECHE. — Zur Mannlichen Génital tuberculose. *Dent. Zeit. J. chir.*, 1923, T. CLXXX n°s 1-3.
- H. RIESE. — Sur indikation der opération bei samen tuberculose. *Arch. J. Klin. chir.* T. CL, n° 4.
- RYDGAARD FRODE. — Die génital tuberculose beim Mannern und die Résultate ihrer behandlung ins besonders die résultat der Epididymectomie. *Arch. jur. Klin. chir.* T. CXXIII, 1923.
- W. SCOTT PUGH. — Epididymectomy. *The urol. a. cutan review*. Avril 1925, p. 209.
- J. SENEQUE. — Remarques sur le traitement de l'orchi épididymite tuberculeuse de l'adulte. *P. M.*, 15 décembre 1923, p. 1049.
- W. A. SCHULTZ. — Héliothérapie in génito urinary tuberculosis. *J. of. Américan Méd. Assoc.* T. LXXXIX, n° 23, 3 décembre 1927, p. 1941.
- S. de SMETT. — Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. XXVII^e Congrès d'Urologie. In *Journ. d'Urol.*, T. XXIV, n° 6, décembre 1927, p. 568.
- P. D. SSOLOWOW. — Behandlung des opérations stumpfes und prophylaktische Underbindung des vas déférents bei operationen der Geschlechts tuberculose. *Arch. J. Klin. chir.* T. CLI. n° 1.
- TISSOT et CHAIGNON. — L'éther benzyl cinnamique dans le traitement des tuberculoses orchépididymaires. *Bull. et mem. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 mai 1926, p. 840.
- K. M. WALKER. — Treatment of génital tuberculosis in male. *Lancet*, Londres, 20 août 1927, p. 327.
- J. WELFELD. — Genito urinary tuberculosis in the male. *The urol. a. cut. rev.* Décembre 1924, p. 708.
- W. C. WILLINSON. — Urogénital tuberculosis. *Brit. Méd. journ.* 18 juin 1927, p. 1128.
- G. WOLFSOHN. — Die Konservative Behandlung der Nebenhoven tuberculose. *Med. Klin.*, n° 25.
- H. H. YOUNG. — Brief note on ultimate résultats of radical opération for tuberculosis of the séminal tract. *The journ. of Urol.*, vol. XIX, n° 6, juin 1928, p. 679.
-

Technique Opératoire

de

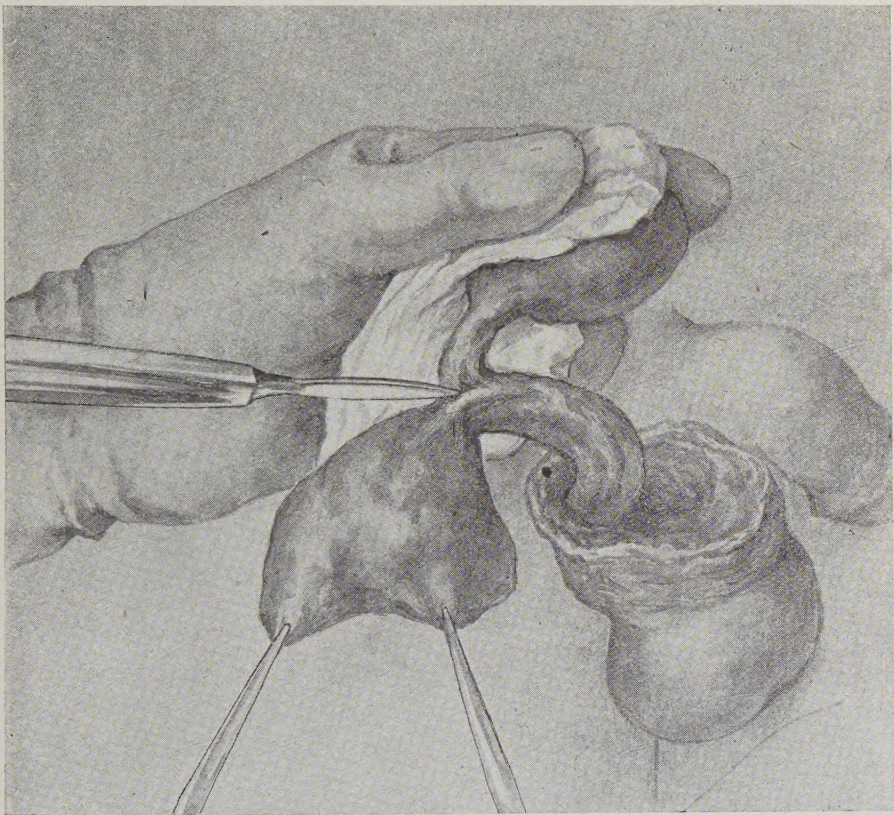
l'Epididymectomie



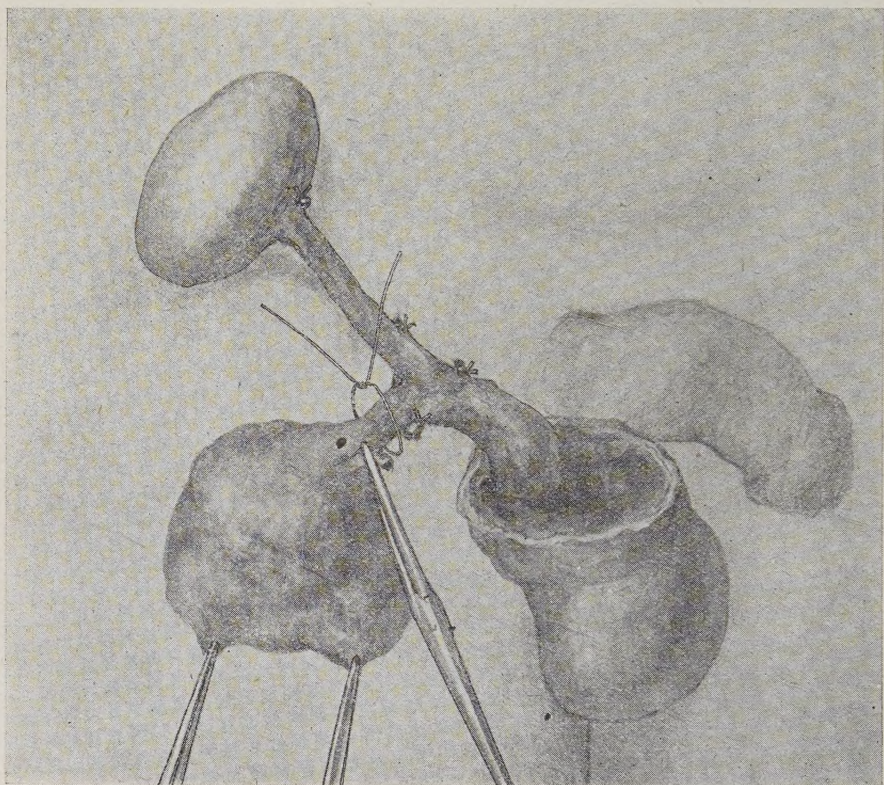
Incision de la vaginale au niveau du sillon épидидymotessiculaire externe



Décollement de l'épididyme (*partie externe*)



Incision du cul de sac vaginal et séparation du déférent et du pédicule spermatique



Ligature des vaisseaux épididymaires et ligature du déférent

